公立学校共済組合 佐賀支部長　殿

同　　意　　書

私が、加害者　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に対して有する損害賠償請求権は、法令（注1）により、公立学校共済組合佐賀支部（以下「共済組合」という。）が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、次の事項に同意します。

1　共済組合が損害賠償額の支払いの請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書等の写しを添付すること。

2　私が損害保険会社等へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領した時は、共済組合が受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその内容について情報提供を受けること。

3　共済組合が医療機関等に対して事故による診療等に関する内容の照会を行い、医療機関等から情報提供を受けること。

4　共済組合が保険給付又は損害賠償の支払いの請求に必要と認める場合、官公庁、損害保険会社、他の保険者等の各機関に照会を行い、その内容について情報を提供しまた受けること。

＊（上記事項の「共済組合」には共済組合が委託する事業者を含む）

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

1　加害者（保険会社・共済団体）と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。

2　加害者（保険会社・共済団体）に白紙委任状を渡さないこと。

3　加害者（保険会社・共済団体）から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなくすみやかに届け出ること。

4　治療が完了した場合には、治療終了報告書を提出または、治療完了日を報告すること。

年　　月　　日

組合員

住　所

氏　名　　㊞　署名又は記名押印

被扶養者

住　所

氏　名　　㊞　署名又は記名押印

（注1）　根拠法令　地方公務員等共済組合法　第50条

＊【委託先事業者】
〒222-0033　神奈川県横浜市港北区新横浜2-8-12 Attend on Tower 8F
TTピーエム株式会社　TEL　045-276-0035